

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

THÈSE

N°

818

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Hilaire, Michel ZEBINA

Né le 5 Mai 1933, à ANSES d'ARLETS (Martinique)

présentée et soutenue publiquement le

ETUDE DE 95 CAS
DE FRACTURES DU COL DU FEMUR
CHEZ DES SUJETS AGÉS DE PLUS DE 65 ANS
VALEUR DE LA RESECTION DE LA TÊTE

Président : Monsieur R. MERLE d'AUBIGNE (Professeur)

D. P. TAIB

8. Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI*

1960

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1960

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Hilaire, Michel, ZEBINA

Né le 5 mai 1933

à Anses d'Arlets (Martinique)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

ETUDE

DE 95 CAS DE FRACTURES DU COL DU FEMUR
CHEZ DES SUJETS AGES DE PLUS DE 65 ANS
VALEUR DE LA RESECTION DE LA TETE

--

Président : Monsieur R. MERLE d'AUBIGNE

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1960.

220/
62



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN-(A), BENARD (H), BROCC (P), BULLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MCCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MOLON (P), OLIVIER (E), RICHET (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN

Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSEESSEUR

Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	CORDIER (G)
Anatomie (Ch. à titre personnel).....	DELMAS (A)
Anatomie pathologique.....	DELARUE (J)
Anesthésiologie.....	BAUMANN (J)
Bactériologie.....	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale.....	JAYLE (M.F)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale.....	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale.....	BERNARD (J)
Clinique carcinologique.....	REDON (H)
Clinique cardiologique.....	MOUQUIN (M)
(Beaujon.....	SICARD (A)
(Cochin.....	QUENU (J)
Cliniques chirur- (Hôtel-Dieu.....	
gicales (Saint-Antoine.....	GOSSET (J)
(Salpêtrière.....	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique.....	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice.....	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire.....	de GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire.....	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique.....	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale.....	LAMY (M)
Clinique gynécologique.....	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)

Clinique des maladies infectieuses	MOILLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
	(Broussais GENNES (L. de)
	(Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu BARIETY (M)
	(Lariboisière SOULIE (P)
	(Pitié DREYFUS (G)
	(St-Antoine KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADON
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
	(Baudelocque LACOMME (M)
Cliniques	(Port-Royal N...
obstétricales	(Tarnier VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique therap.chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique therap.médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (ch. à t. pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)

Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale ch. à t.pers.	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et therap.générales	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	BARGETON (D)
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	PATEL (J)
Thérapeutique	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.
Anatomie	(CABROL (C) (COUINAUD (C) (OLIVIER (G) (GAUTHIER-VILLARS ((Melle P) pr. s.ch. (BUSSER (F)
Anatomie pathologique	(GOUYGOU (Ch) (ORCEL (L) (PAILLAS (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G) (NEVOT (A) pr.s.ch. (BARBIER (P)
Bactériologie	(CHRISTOL (D) (TOURNIER (P) (DESGREZ (P)pr.s.ch.
Biochimie médicale	(POLONOVSKI (J)m.conf. (SCHAPIRA (G)m. conf.
Biologie médicale	BOURLIERE (F) m.conf.
Carcinologie	(DENOIX (P) (MATHE (G)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G) (DAUSSET (J) (COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie	(MAROIS (M) (RACADOT (J)

MM.

Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch.
Maladies infectieuses	(CORRE-HURST (Mme L)
	(BASTIN (R)
	(DUPONT (V)
	(DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale	(HADENGUE (A)
	(FOURNIER (E)
	(GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (F)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P)
	(SARAUX (H)
	(JUDET (R)
Orthopédie	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
	(BRUMPT (LC) pr.s.ch.
Parasitologie	(CHABAUD (A)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P.)
	(CAUCHOIX (J)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch)
	(DUBOST (Cl)
	(FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale	(FLABEAU (F)
	(GERMAIN (A)
	(LAURENCE (G) agr.pers.
	(LORTAT-JACOB (J.L)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
	(THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L)
	(LOEP ER (J)
	(MAURICE (J)

MM.

Pathologie expérimentale	(PLAS (F) (RICHET (G) (AUSSANNAIRE (M) (BOUR (H) (BOUVIER (J) (BOUVRAIN (Y) (BRICAIRE (H) (BRISSAUD (H) (BROCARD (H) (BUGE (A) (CASTAIGNE (P) m.conf. (CATINAT (J) (CONTAMIN (F) (COURY (C) (FREZAL (J) (HOUSSET (E) (LAROCHE (Cl) (LESOBRE (R) (MACREZ (C) (NICK (J) (PEQUIGNOT (H) m.conf. (ROYER (P) (WOLFROMM (R) (JOSEPH (R) (MANDE (R) (MOZZICONACCI (P) (POLONOVSKI (C) (ROSSIER (A) (LEVY (Melle J) pr.s.ch.
Pathologie médicale	(BOISSIER (J) (LECHAT (P) (PARROT (J) pr.s.ch. (DEJOURS (P) (GOUGERCT (L) m.conf. (KELLERSHON
Pédiatrie-Puériculture	KREIS (B)
Pharmacologie	PICHOT (P)
Physiologie	DUCHÉ (D)
Physique médicale	DELBARRE (F) (CERNEA (P)
Pneumo-phtisiologie	(CHAPUT (Mme A) m.c. agr. (GRELLET (M)
Psychiatrie	(CHASSAGNE (P)
Psychiatrie infantile	(LAMOTTE (M)
Rhumatologie	QUENU (L)
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES-CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
	(ABOULKER (P)	Clinique neuro-	
	(AMELINE (A)	rhumatol.....	SEZE (S. de)
	(HUGUIER (J)		(GRASSET (J)
Clinique	(LEGER (L)		(LEPAGE (F)
chirurg.	(OLIVIER (C)	Clinique obsté-	(MAYER (M)
	(PADOVANI (P)	tricale	(MERGER (P)
	(POILLEUX (F)		(RAVINA (J)
	(ROUX (M)	Clinique oph--	(DESVIGNES (P)
	(VERNE (J.M)	talmologique....	(OFFRET (G)
	(HAGUENEAU (J)	Clinique oto-	
	(pr. s. ch.	rhino-laryng.....	MADURO (R)
Clinique	(BOUDIN (G)	Clinique pédia-	
médicale	(CONTE (M)	trique et pué-	
	(DOMART (A)	riculture	LAPLANE (R)
	(MILLIEZ (P)	Clinique psy-	
	(PERRAULT (M)	chiatrique	BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique uro-	
	(THIEFFRY (S)	logique	KUSS (R)
	(TURIAF (J)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES
ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P)pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr.à t.per
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J)
Secrétaires Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G)
Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction
de la Bibliothèque M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
Bibliothécaires Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H),
LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
a arrêté que les opinions émises dans les disserta-
tions qui lui seront présentées, doivent être considé-
rées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend
leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon ami regretté,
Raymond EUPHRASIE,
étudiant en médecine.

A ma Mère,

A mon Père,

A mon Grand-Père.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur R. MERLE d'AUBIGNE,

Professeur de Clinique chirurgicale
orthopédique et réparatrice,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse,

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean BODY,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien-Orthopédiste,
Chirurgien des Sanatoriums publics,

Qui nous a inspiré cette thèse,
et a dirigé nos travaux.

A Monsieur le Docteur Maurice SCHNEIDER,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Chef du Service de chirurgie du Centre
Hospitalier de Chaumont (Haute Marne),

Qui nous a facilité notre
tâche pendant la durée de
notre stage,

A Monsieur le Docteur GRAVIERE,

Médecin-Anesthésiste.

Aux médecins du Centre Hospitalier de
Chaumont.

A notre Jury de thèse.

Au personnel para-médical du Bloc opératoire
du Centre Hospitalier de Chaumont :

Monsieur P. BERTHOLLE,
Madame G. COLAUX,
Madame M. DUCLOS,
Madame L. COUSTILLET,
Madame M. FOULLET,
Madame J. MOUSSU,
Mademoiselle GERARD,
Mademoiselle J. RICHARD.

Au personnel infirmier du Service de
Chirurgie.

A mes Amis.

ETUDE
DE 95 CAS DE FRACTURES DU COL DU FEMUR
CHEZ DES SUJETS AGES DE PLUS DE 65 ANS
VALEUR DE LA RESECTION DE LA TETE

-:-

- I - Introduction
- II - La méthode
- III - Statistiques
- IV - Résultats
- V - Conclusions

INTRODUCTION

-:-

Nous nous proposons d'étudier le devenir des fractures du col du fémur et les résultats obtenus avec les différentes méthodes de traitement appliquées, nous limitant à quelques cas précis, recueillis dans le Centre Hospitalier de CHAUMONT, et dans la clientèle de ville, par le Docteur Jean BODY, Chirurgien Orthopédiste de la localité en compagnie duquel nous avons travaillé.

Notre étude se limite à 95 cas.

Ce sont des personnes âgées au moins de 65 ans au moment de la survenue de leur fracture.

On se rappelle qu'il y a quelque temps grande était la réticence des malades et des médecins à l'enclouage du col, maintenant, heureusement, elle est relativement vaincue.

Nous ne reviendrons pas sur les notions, désormais classiques et par là-même connues, concernant la fréquence, les raisons de cette fréquence chez la femme âgée, et les différents types anatomiques.

Le but recherché reste en tout cas bien codifié, à savoir :

- La sauvegarde de l'existence du malade
- La sauvegarde de la fonction habituelle qui est la marche.

Nous exposerons donc la Méthode, les notions statistiques, les résultats recueillis.

LA METHODE

-:-

Le bilan pré-opératoire garde son importance.

Il faut assurer le diagnostic par la prise de clichés, faire un bilan général (urée - N G - F S - alb. ECG, etc..) mais la grande majorité des auteurs pense qu'une fois le diagnostic porté, la Chirurgie s'impose, car l'abstention est pratiquement fatale aussi cette éventualité n'est-elle adoptée que s'il est vraiment impossible de s'y soustraire.

Le bilan pré-opératoire permet déjà une classification car on peut classer les malades en cas opérables et en cas inopérables, soit des grabataires, soit surtout pour des lésions cardiaques n'autorisant aucun acte chirurgical (décompensation, fibrillation auriculaire) une ischémie myocardique suffisamment ancienne n'est pas une contre-indication à l'opération.

A ces personnes "éliminées", ici nous appliquons la méthode de Lucas-Championnière du lever précoce, de la prévention des escarres, complétée par une rééducation systématique aussi poussée que possible : cette association a permis une survie et même la reprise de la marche, défectueuse, certes, mais possible.

Dans les premières années de notre étude, un certain nombre de réductions orthopédiques (dans des fractures cervico-trochantériennes ou en coxa valga) ont été pratiquées avec contention par plâtre pelvi-pédieux ou plâtre de Ducroquet appliqués à des malades résistants, actuellement ces malades sont justiciables de l'enclouage.

Les cas opérables sont rapidement pris en charge : le but essentiel est la réalisation d'un enclouage.

Au premier jour, retournement fréquent du blessé, massages par un kinésithérapeute attitré, tout cela pour compenser l'absence de "matelas alternating" que ne possède pas cette ville logée à la même enseigne que bien d'autres malheureusement.

La réduction se fait sur table orthopédique, contrôlée grâce à la prise de clichés sous deux incidences, grâce à deux appareils, le centrage facilement réalisé par la pose préalable de deux ou trois agrafes au niveau de la tête.

En cas d'échec, on emploie la manœuvre de lead better (que nous pratiquons de plus en plus systématiquement). Il nous est arrivé de ne pouvoir obtenir le résultat escompté malgré cet artifice : dans ce cas, la résection pure et simple de la tête a trouvé une indication.

L'ouverture a lieu selon les indications classiquement admises : l'orifice est préparé à la gouge frappée, de même que la fente d'introduction de l'ailette inférieure du clou, puis muni d'un perforateur à main de Merle d'Aubigné, on place un à deux faisceaux de broches en fonction du repérage des agrafes sur le premier cliché de réduction.

tion - une radiographie est alors demandée : elle permettra, si besoin est, une première correction qui sera alors contrôlée. Rarement, on est amené à mettre une troisième broche. On s'efforcera de détruire au minimum le tissu spongieux cervico-céphalique déjà fort peu solide.

Dès lors, il ne restera plus qu'à mesurer la longueur du clou (il s'agit, en règle, d'un enclouage avec clou de Swenn-Johnson, à ailettes longues, qui semble présenter plus de garantie quant à la solidité et à la tenue dans le col), puis, mise en place du clou et impaction, Péni-Strepto dans la plaie, aspiration à la Redon (depuis déjà quelques années) enfin fermeture plan par plan au catgut suivie de la pose d'un surjet de nylon sur la peau.

Dans les fractures cervico-trochanterien-
nes, nous utilisons le clou de Mac Laughlin,
modifié par le Professeur MERLE d'AUBIGNE.

A noter qu'il nous est arrivé, plusieurs fois, de réaliser la mise en place du clou directement dans le col à travers le massif trochanterien déhiscent, la réduction étant obtenue en utilisant le clou pour faire tourner la tête.

Dès la descente de la table orthopédique, un massage soigneux des fesses est réalisé.

Sitôt le retour au lit, on procède de même chez un malade qui sera, par ailleurs, retourné.

Le lendemain, il faut envisager en plus le transport dans un fauteuil.

Au dixième jour commence la rééducation au lit, celle-ci sera poursuivie jusqu'au troi-

sième mois, avec radiographie tous les mois.

Au troisième mois, reprise de la marche, après radio de contrôle satisfaisante, sous l'égide du kinésithérapeute.

En plus, pendant la journée, sur le bord du lit, le malade "travaille" selon les indications données le matin, tout cela pour faciliter le jeu articulaire et la remusculation.

Telles sont, brièvement, les grandes lignes de la méthode. Bien entendu, il faut ajouter les indispensables soins généraux (préventions diététiques, relèvement de la masse sanguine, réhydratation de ces malades à diurèse souvent insuffisante (nous "exigeons" une diurèse de un litre et demi quotidiennement), anticoagulants, hygiène).

Tout cet ensemble lutte contre les gros dangers du decubitus des gens âgés (escarres, infection urinaire, stase pulmonaire).

C'est dire que s'impose la collaboration étroite d'un médecin chargé de la réanimation qui est ici notre Médecin Anesthésiste.

Des échecs sont malheureusement à signaler, ce sont essentiellement :

- L'issue du clou, dont MERLE d'AUBIGNE et d'autres, ont montré qu'elle doit faire soupçonner une nécrose céphalique. Dans ce cas, nous adoptons la position suivante :

a) chez le sujet relativement jeune, participant, ayant bien supporté la première intervention, ayant une musculature suffisante, on reconstitue la hanche par prothèse (type C de MERLE d'AUBIGNE, mise en place par voie de Gibson).

b) Chez le sujet âgé ou n'entrant pas dans le cas précédent, surtout s'il s'agit de fracture cervicale ou sous-capitale, on opte pour une résection pure et simple par voie de Hueter : on fera une simple résection de la tête et des esquilles libres, sans chercher de résection cervico-céphalique, ceci pour simplifier l'intervention. Contrairement aux données classiques, nous ne réalisons pas d'immobilisation, ni même de traction-suspension chez ces malades qui, dès le lendemain, sont portés dans un fauteuil et dont la rééducation commence au cinquième jour. La marche avec appui (entre deux personnes), commençant au 21ème jour.

c) Devant le bon état de la tête, il nous est arrivé de renforcer le clou en mettant en plus un greffon dans un deuxième canal juxtaposé (obs.n°24).

d) Dans un cas, le premier enclouage paraissant peu satisfaisant parce que trop horizontal, nous avons fait un deuxième enclouage en mettant le greffon dans le trajet du premier clou (obs. n°59).

e) La nécrose de la tête, affirmée tardivement est justiciable d'une reconstitution de la hanche, mais dans un cas, nous avons pratiqué une résection tardive chez une femme très grasse, et peu coopérante.

DONNEES STATISTIQUES

- : -

Dans ce chapitre nous proposons d'envisager :

- le nombre de malades fracturés
- le nombre d'interventions et les différents types, ainsi que leur fréquence
- les reprises secondaires et les techniques adoptées
- le pronostic fonctionnel et l'état actuel de nos malades contrôlés
- enfin, la mortalité et ses causes

o

Nous basons notre étude sur 95 malades atteints de fracture du col, dont 3 ont présenté des fractures bilatérales. Nous les classerons :

I°- selon le type :

Fractures cervicales :

66 dont (2 en coxa-valga)
(64 en coxa-vara et se répartissant ainsi :

- | | |
|--|----|
| - Fractures sous-capitales | 3 |
| - Fractures transcervicales vraies | 47 |
| - Fractures transcervicales à bec postérieur | 1 |
| - Fractures transcervicales à bec antérieur | 3 |
| - Fracture basicervicale | 10 |

Fractures cervico-trochantériennes : 21

Fractures sous-trochantériennes : 8

Comme dans toutes les statistiques, nous avons retrouvé une prédominance nette des fractures cervicales.

2°- Selon l'âge :

Entre 65 ans - 75 ans		35 cas
Entre 76 ans - 85 ans		43 cas
Au-dessus de 85 ans		17 cas

3°- Selon la méthode employée :

- a) 5 malades seulement n'ont pas été opérés
- b) 6 ont subi un traitement orthopédique pur ; depuis 1946 aucun traitement de ce genre n'a plus été pratiqué.
- c) 84 interventions sanglantes ont été réalisées, se répartissant de la manière suivante :

Enclouages	73 dont	(35 avec le clou
		) de Mac
		(37 avec le clou
		) de S J
		(1 avec le clou
		de Kuntcher

Résections primitives 10

1 malade est décédé
juste après la réduction,
et avant toute ouverture
chirurgicale.

Sur les 74 enclouages 15 ont dû être réopérés. On note :

5 arthroplasties

3 résections (une après 1 mois
)une après 9 mois
 (une après 11 mois

4 clous + greffes (ou renforcement)

3 ablations de clou pour saillie d'un
clou de Mac Laghan dans l'articulation
(un cas) ou pour des douleurs sur la
tête du clou en decubitus latéral (ces
2 autres étant enlevés systématiquement)

Nous ne pouvons donner une statistique exacte de la proportion de necrose de la tête parmi nos enclouages qui devraient s'ajouter aux cas traités et cela faute d'avoir vérifié radiologiquement tous nos malades vivants et à cause de la mortalité lourde à cet âge.

Les 10 résections primitives ont été justifiées dans divers cas, par exemple chez une malade ou après 4 tentatives de réduction, dont 2 par la méthode de Leadbetter, pendant lesquelles la tête tournait chaque fois, d'ailleurs lors de la résection on a pu constater l'absence de ligament rond (obs.n°2). Dans un autre cas, la réduction s'avérait impossible car il y avait une destruction de la corticale du bord supérieur du col et une rotation importante de la tête (obs.n°13).

Parmi les réinterventions il faut encore en ajouter 2 :

- dans un cas, à cause de la présence d'eschares, nous avons fait une section de la Grande Apophyse du Calcaneum (obs.n°27)

- dans un autre cas, à cause d'une fracture de jambe ancienne ayant donné une pseu-

darthrose, nous avons du poser un greffon vissé (obs. n°58).

En résumé, le nombre des réinterventions a donc été de : 17 dont 12 seulement sont directement les conséquences de l'enclouage soit un pourcentage de 16 p.cent.

d) Dans notre statistique, il faut noter la présence de pseudarthroses ; dans l'observation n°32, cette pseudarthrose provenait d'une fracture cervico-trochantérienne, datant de 8 mois, traitée ailleurs. Ce cas n'entre donc pas à proprement parler dans notre série initiale.

En tous les cas nous en avons 6 se répartissant ainsi :

- 4 à la suite de fractures transcervicales
- 2 à la suite de fractures cervico-trochantériennes

Une de nos malades, n'a pas subi d'intervention, son état général étant trop altéré, les 5 autres ont été justiciables :

- de résections 2
 - de prothèses 2
 - d'enclouage 1
- (Mac)

Si l'on veut dresser un bilan global des interventions pratiquées, on trouve :

- a) Enclouages 78 dont (74 primitifs)
(4 secondaires
(clou+greffe)
- b) Résections 13 dont (10 primitives)
(3 tardives

- c) Arthroplasties ... 5
- d) Ablation de clou . 3
- e) Autres interventions .. 2

Nous retrouvons quelques décès rapides :

DECES :

1°- dans les 10 premiers jours :

- soit sur table lors de la réduction (un cas) obs.n°61
- soit plus tard, dans un tableau de choc aggravé par une urémie ou un ramollissement cérébral (un cas) obs.n°5.

2°- avant la reprise de la marche :
(le 90ème jour en règle)

- dans un tableau où s'intriquent : troubles urinaires, eschares, complications vasculaires, et des pneumopathies (14 cas)

3°- après la reprise de la marche et
jusque

- a) dans les premières années nous relevons 4 cas
- b) après la première année.....11 cas

En conclusion, la mortalité post-opératoire, c'est-à-dire, chez les gens dont le résultat fonctionnel n'a pas été atteint, s'élève donc à 16 cas soit 17 p.cent.

Un cas est peut-être caractéristique de l'efficacité d'une méthode ; c'est celui de l'observation n°38 où la malade a quitté le service à sa demande expresse et qui chez elle n'a pas été levée ce qui a entraîné des

complications mortelles du decubitus.

Tous les décès survenus après la reprise de la marche n'étaient pas en rapport avec l'intervention mais avec des affections intercurrentes (ramollissement cérébral, sénilité, néo-gastrique ou prostatique etc..)

Les résultats fonctionnels que nous allons envisager maintenant dépendent selon nous :

- du résultat obtenu quand le malade quitte le service
- surtout des conditions de réadaptation au lieu où il habite.

Dans un certain nombre de cas, sortis, marchant avec une ou deux cannes, soit du fait de leur entourage, soit du fait de l'état du sol et le plus souvent dans la crainte d'une nouvelle chute, les malades continuent à utiliser 2 cannes, alors qu'ils sont capables de n'en utiliser aucune et de marcher plus longtemps qu'ils ne se l'autorisent.

Notre enquête a consisté à revoir les malades, et à s'enquérir des données.
On demande à chacun :

- s'il souffre (la nuit, au lever, à la marche, beaucoup)
- s'il marche (quelques pas, quelques heures, sans limitation)
- s'il boite (marchant avec ou sans canne)
- s'il a présenté une affection ayant pu avoir un retentissement sur la marche)

Ainsi, avons-nous classé nos malades dans la rubrique que voici :

TRES BIEN : Ne souffre pas, marchant sans limitation, sans canne, avec ou sans boiterie ; malade pouvant se livrer à des travaux sub-normaux, ou normaux pour leur âge

BIEN : Quelques douleurs, marche illimitée, avec une ou deux cannes

ASSEZ BIEN : Douleurs tolérables, pouvant marcher entre 1/2 heure et quelques heures, pouvant se livrer à quelques travaux légers

PASSABLE : Douleur importante, marche avec l'aide d'une personne, sans aucune activité

MAL : Douleur très importante, grabataire ou marchant seulement entre deux personnes, sans activité.

Certains de nos malades actuellement décédés d'affections intercurrentes mais qui avaient repris la marche, entrent dans notre rubrique.

Par ailleurs, certains malades ont présenté une affection ayant pu, elle aussi, entraîner une gêne à la marche (notamment chez l'un, une fracture de jambe, chez une autre une maladie de Parkinson...)

RESULTATS

-:-

Nous sommes donc en mesure actuellement de donner le bilan suivant :

Resultats globaux :

Trés bien :	18
Bien :	12
Assez bien:	10
Passable :	32
Mal :	3

Résultat des abstentions

Sur les 5 malades non opérés :

- 4 sont décédés avant le premier mois, l'une dans un tableau de delirium tremens
- 1 vit encore, mais ne peut se déplacer qu'entre 2 personnes

Par conséquent le résultat est passable.

Résultat du traitement orthopedique :

Sur les 6 malades ainsi traités, nous retrouvons :

- 1 décès 5 ans plus tard, d'un néo digestif et cette malade marchait sans canne, n'ayant que des douleurs peu importantes.

- 4 survies : dans 2 cas, la douleur minime existe, surtout à la marche
dans 2 cas, les malades utilisent 2 cannes et sont limitées car elles ont eu en plus une fracture de l'autre membre inférieur

Soit, 2 très bons résultats et 2 passables

Résultat des enclouages :

Nombre d'enclouages primitifs : 74
Echec d'où réinterventions : 12

Résultat des enclouages primitifs:

Mention	T B	B	A B	P	M
Clou de Mc Lg	5	3	1	8	
Clou de Sw J	7	2	3	13	3
Clou de Küntcher				1	

N'ont pas répondu : 8
Décès avant la marche : 8

Résultat des enclouages + greffes (ou réenfoncement) :

Mention	T B	B	A B	P	M
4	1	1	2		

Il n'y a pas de différences appréciables proportionnellement parlant entre les enclouages des fractures cervico-trochantériennes (ou basi-cervicales) avec le clou de Mac Lg et les enclouages pour fractures cervicales avec Sw J. Par ailleurs, on note-

ra la fréquence des cas où des malades ont été intégrés dans les catégories passables parce que faisant seulement quelques pas ou avec une personne, mais nous insisterons encore sur ce qui a été dit plus haut, à savoir que bon nombre de personnes limitent volontairement leur marche en durée et en qualité par peur d'un nouvel accident, ce qui revient à dire que l'appréciation exacte des résultats fonctionnels reste difficile dès l'instant où l'on y fait entrer en ligne de compte l'aide apportée par des cannes ou une personne lors de la marche.

Il n'en reste pas moins vrai que sur 87 malades que nous avons pu toucher ou à propos desquels nous avons eu des renseignements, 3 seulement ont été, entre l'intervention et leur décès des grabataires, c'est dire que l'enclouage permet de remarcher en règle.

Résultat des plasties :

Nous en avons pratiqué 5

Nbre	T B	B	A B	P	M	DCD
5		1		2		2

Resultat des résections :

Nbre	T B	B	A B	P	M	DCD
13	5		3	2		3

A noter que dans un resultat assez bien, le malade a, en plus, une affection intercurrente retentissant sur la marche (fracture de l'autre jambe).

CONCLUSIONS

-:-

Les abstentions opératoires ont été catastrophiques puisque sur 5 malades, on retrouve 4 décès avant le premier mois et si l'une vit, le résultat fonctionnel n'est que passable.

La mort post-opératoire (avant toute reprise de la marche) est de 17 p.cent, ce qui montre que la mortalité reste lourde dans notre statistique, en tenant compte cependant du fait que les indications ont été abondantes, quasi systématiques.

.Les résultats de l'enclouage restent favorables, mais il faut noter que la méthode exposée par nous (à l'encontre de ce que soutiennent les partisans de l'arthroplastie, très systématique) n'impose pas aux malades âgés un véritable décubitus, que la kinésithérapie appliquée fréquemment dans la journée, leur maintient une activité favorable.

Et nous pouvons penser que l'enclouage reste la méthode la plus simple qui, grâce à des soins post-opératoires (qui représentent une partie capitale du traitement), donne des résultats à long terme très encourageants.

.Dans les 4 cas où nous avons pratiqué le

réenfoncement du clou ou l'enclouage + greffe, le résultat ayant toujours été excellent, il nous paraît que chaque fois que la tête ne présente pas un aspect trop nécrotique, que lorsque l'état général du malade permet une intervention chirurgicale longue et choquante, une pareille méthode peut être préférée à l'arthroplastie et même à la résection puisqu'elle permet des résultats fonctionnels en règle, sans boiterie.

.Les résultats de l'arthroplastie, ou, sur 5 cas, on a 3 résultats acceptables et 2 décès (dont l'un après 4 ans) ne sont pas encourageants.

Pour l'appréciation de ces résultats, il faut tenir compte du fait que nous avons toujours réservé la reconstruction de la hanche à des sujets relativement jeunes, tout au moins en bon état général, coopérants, et que nous avons toujours employé la prothèse cervico-céphalique dont on sait qu'elle donne des résultats dans l'ensemble meilleurs que ceux des prothèses uniquement céphaliques.

Notre série est trop courte cependant pour avoir une valeur d'indication.

.Nous voudrions maintenant insister sur l'excellence des résultats des résections simples. Certes, pour l'Orthopédiste, cette intervention mutilante entraînant une boiterie importante est extrêmement choquante pour l'esprit. Cependant, quand on oppose les résultats, la rapidité de la reprise de la marche, l'extrême simplicité de l'intervention, à l'immobilisation relative, il est vrai, à la difficulté de rééducation qu'impose l'arthroplastie d'emblée, on peut penser que la résection reste dans bon nombre de cas, une excellente intervention.

Contrairement aux données classiques, nos résections ont été, non pas cervico-céphaliques, mais limitées ; les résultats ne semblent pas avoir été pourtant inférieurs, en particulier, sur le facteur douloureux et cette technique nous paraît cependant plus facile, plus rapide et moins choquante.

- : -

Vu :
Le Président :
signé : MERLE d'AUBIGNE

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

RAPPEL DES OBSERVATIONS QUI
ONT PERMIS CETTE ETUDE

-:-

- 1 - Mme RU...
80 ans, fract. trans-trochant
- 2 - M. BA...
79 ans, fract.sous-capitale, résec-
tion le 20.5.56, après 4 tentatives
infructueuses de réduction, la tête
tournant chaque fois.
- 3 - Mme BIL...
92 ans, fract.sous-trochant avec
refent sur le petit trochant
22.10.58 -clou de Mc Lg
- 4 - Mme COS...
67 ans, fract.per-trochant 6.9.57
- 5 - M.D...
66 ans, fract.cerv+trochant, 31.3.59
décédé au 5è j. dans un tableau
de choc, avec urémie (1 g)
- 6 - M. JER...
71 ans, fract.cerv.trochant 9.1.57
- 7 - Mme PEC...
86 ans, fract.sous-et inter-trochant,
6.9.59
- 8 - Mme POU...
80 ans, fract.cervico-trochant,
23.7.59.

- 9 - M.SCH...
74 ans, basi-trochant 3,2 fg 8.9.58
- 10 - M.MAR...
84 ans, transcerv.en coxa-valga,
28.3.58
- 11 - M.GUE...
72 ans, per-trochant + basi cerv.
13.2.57
- 12 - M.SAUS...
80 ans, per-trochant à 2 fg,
24.5.58
- 13 - Mme BOU...
74 ans, trans.cerv. résection
25.2.56 (impossibilité de réduction,
car destruction de la corticale du
bord sup.du col et rotation de la
tête)
- 14 - Me CH...
82 ans, trans.cerv. (pas d'interven-
tion, car cardiopathie, arthrite,
glaucome aigu, ulcère variqueux)
- 15 - Mme DECH...
80 ans, glaucome aigu, 2.11.55
clou Sw J
- 16 - Me DUB...
80 ans, glaucome aigu, pas d'inter-
vention, l'état général étant des
plus mauvais.
- 17 - Mme GER...
80 ans, glaucome aigu, décédée au
12ème jour.
- 18 - Mme HEN...
86 ans, 22.7.59 - clou de Sw Johnson

- 19 - Me MOU...
60 ans, 22.1.57 clou de Sw Johnson
puis pseudarthrose, d'où résection
- 20 - Mme MOU...
60 ans,
- 21 - Mme PECH..
90 ans, 25.3.59 - décédée au
30ème jour.
- 22 - Mme PEY...
74 ans, cervicale vraie, 25.1.58
clou de Sw J.
- 23 - Mme MAR...
90 ans, trans.cerv. 23.11.57
clou de Sw J.
- 24 - Me GER...
81 ans, trans.cerv. avec bec infé-
rieur - 28.1.58 - clou renforcé
+ groffe le 26.2.58
- 25 - Me MIC...
74 ans, cervico-trochant - absten-
tion devant delirium tremens
- 26 - Me SAB...
82 ans, trans.cerv.négligée avec
pseudarthrose - résection le 16.10.57
- 27 - Mme MAI...
67 ans, cervicale avec éclatement
du col + arrachement du grand tro-
chanter-enclouage (Mac) le 15.9.58,
dans les suites, delirium et paraly-
sie progressive de la jambe + pseu-
darthrose - Prothèse le 5.12.58 -
escarre → section de la grande apo-
physe du calcaneum.
- 28 - Mme AUB...
84 ans, sous-capitale résection le
2.12.58

- 29 - Mme EM...
76 ans, cervico-trochant
- 30 - Me BOU...
78 ans, basi-cervicale 15.1.59
(Mc Lg) ablation du clou le 7.1.60.
- 31 - Me DERO...
70 ans, cervico-trochant 14.1.59
(Mc Lg) prothèse pr le 15.4.59
- 32 - Me COI...
80 ans, cervico-trochant - arrive
avec une pseudarthrose, réduction
en prenant appui sur la tête du clou
pour faire tourner la tête fémorale
clou de Mc Lg.
- 33 - Me AND...
70 ans, trans.cerv.28.2.59 - Sw J.
plastie le 28.4.59
- 34 - Me BAR...
66 ans, trans.cerv. 14.1.59
- 35 - M. BOU...
80 ans, sous-capitale - 2.3.59
- 36 - Me CAD...
trans.cerv.13.9.59
- 37 - Me COU...
75 ans, trans.cerv.24.1.59 -
Sw Johnson
- 38 - Me de MOI...
82 ans, trans.cerv. à bec antérieur
28.1.58 - quitte le service à sa de-
mande, n'a pas été levée chez elle :
décédée au 30e j. de congestion pul-
monaire.

- 39 - Mme DEVI...
87 ans, trans.cerv. 20.6.57
- 40 - Mme REN...
79 ans, trans.cerv. 3.6.59
- 41 - Mme DECH...
73 ans, basi-cervicale, résection
le 16.5.58
- 42 - Mme FEK...
79 ans, cerv.trochant 21.11.56
clou de Mc Lg.
- 43 - Me MAB...
73 ans, coxa-valga 2.5.59
clou de Mc.Lg. prothèse pour nécro-
se céphalique le 23.1.60
- 44 - Me LAU...
82 ans, basi-cerv.3.7.59 -
clou de Mc Lg.
- 45 - Me FREL...
87 ans, trans.cerv. 21.9.56 clou
de Sven Johnson
- 46 - Me GUÏL...
87 ans, trans.cerv. 30.8.58
clou de Sven Johnson
- 47 - Me GUEN...
70 ans, trans.cerv. 7.11.58
clou de Sven Johnson
- 48 - Me PAR...
77 ans, trans.cerv.2.8.58
clou de Sven Johnson
- 49 - Me PNE...
75 ans, trans.cerv. 13.2.58
clou de Sven Johnson.

- 50 - Me WOLF...
78 ans, trans.cerv. 7.2.57
clou de Swen Johnson
- 51 - Me GUIC...
84 ans, cerv.trochant 19.2.57
clou de Mc Lag.
- 52 - Me CRE...
79 ans, cerv.trochant 6.11.56
clou de Mc Lag.
- 53 - Me HOU...
82 ans, cerv.trochant 14.6.57
clou de Mc Lag.
- 54 - Me JEAN...
85 ans, cerv.Trochant 30.7.58
clou de Mc Lag.
- 55 - Me PET...
82 ans, basi-et sous-trochant
19.9.58 - clou de Mc Lg.
- 56 - Me RON...
81 ans, cerv.trochant 7.2.57
clou de Mc Lag
- 57 - Me GRAN...
86 ans, sous-capitale avec trait
de refent - résection le 27.9.56
décédée au 36ème jour.
- 58 - Me AUB...
84 ans, sous-capitale 2.12.57
résection
11.2.58 Greffon vissé pour pseu-
darthrose d'une fracture de jambe
ancienne.
- 59 - Mme GUIL...
74 ans,trans.cerv.enclouage un peu
trop horizontal le 29.4.57 -reprise
le 9.7.57 -enclouage + greffon dans
le trajet de l'ancien clou.

- 60 - Mme SCHW...
77 ans, trans.cerv. à bec antérieur
clou S J le 23.2.57
expulsion au 10ème jour, reprise,
lors des tentatives, la tête tourne
en avant, résection le 14.3.57
- 61 - Mme MIL...
71 ans, trans.cerv. chez une plé-
thorique - décédée lors de la tenta-
tive de réduction.
- 62 - Mme CAD...
69 ans, trans.cervicale -
clou de Sw Johnson
- 63 - Mme MAR...
72 ans, trans.cervicale à bec infé-
rieur - Oct.53 - clou de Sw J.
- 64 - Mme OLI...
71 ans, trans.cervicale 12.6.54
clou de Sw J.
- 65 - Mme PAL...
89 ans, trans.cervicale 21.4.54
clou de Sw J.
- 66 - Mme BAB...
73 ans, trans.cervicale 13.3.54
clou de Sw J.
- 67 - Mme MON...
cerv.trochant 27.5.54
clou de Mac Lg.
- 68 - Mme MINO...
74 ans, cerv.trochant 12.3.56
clou de Mac Lg.
- 69 - Mme MAT...
76 ans, sous trochant 4.12.53
clou de Mac Lg.

- 70 - Mme BIAU...
78 ans, trans.cerv. à bec ant.
17.8.57 clou de Mac Lg.
- 71 - Mme PIER...
74 ans, basi-cerv. avec trait de
refent trochant 26.4.55
- 72 - Mme BAIL...
76 ans, cerv.trochant 7.5.56
clou de Mc Lag.
- 73 - Mme CORN...
74 ans, sous-trochant 3.6.55
plâtre pelvi-pédieux
- 74 - Mme BICH...
68 ans, sous-capitale 22.30.55
résection
- 75 - Mme FRU...
80 ans, trans.cerv. 17.8.55
clou de Sw J.
- 76 - Soeur St.P.
84 ans, trans.cerv.2.10.55.
clou de Sw J.
- 77 - Mme BAS...
74 ans, basi-cerv. 20.2.56 résection
- 78 - Mme LAR...
78 ans, trans.cerv.12.5.53
clou de Sw Johnson
- 79 - Mme TEIN...
81 ans, trans.cerv.10.6.53
clou de Sw Johnson
- 80 - Mme BIAUD...
79 ans, trans.cerv. 8.10.53
clou de Sw Johnson

- 81 - Mme MAR...
74 ans, trans.cerv. 28.8.54
clou de Sw Johnson
- 82 - Mme MEI...
75 ans, trans.cerv. 14.11.54
clou de Sw Johnson
- 83 - Mme LAU...
85 ans, sous-trochant 23.2.54
clou de Mac Lg.
- 84 - Mme FE...
74 ans, basi.cerv.avec frag.trochant
21.12.54 clou de Mc Lg.
- 85 - Mme LAG...
71 ans, sous-trochant, 22.4.54
clou de Kuntcher enlevé le
16.10.55
- 86 - Mme BOU...
65 ans, sous-trochant, plâtre pelvi-
pédieux le 9.11.65
- 87 - Mme SUCH...
65 ans, trans.cerv. 31.12.58
plâtre pelvi-pédieux
- 88 - Mme HAB...
68 ans, trans.cerv. 31.5.55 plâtre
pelvi-pédieux
- 89 - Mme PINCE...
79 ans, cerv.trochant 15.3.55
plâtre de Ducroquet
- 90 - Mme PAV...
80 ans, cerv.trochant 22.3.55
plâtre de Ducroquet
- 91 - Mme BOG...
80 ans, trans.cerv. 15.4.55 résection

- 92 - Mme BRU...
71 ans, basi.cerv. 7.2.56 résection
- 93 - Mme PIL...
78 ans, cerv.trochant 2.2.56
clou de Mac Lg.
- 94 - Mme CARL...
77 ans, basi.cerv.engrenée 28.2.56
clou de Mac Lg.
- 95 - Mme CAL...
76 ans, cerv.trochant 13.1.55
clou de Mac Lg.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

MENEGAUX

"Pathologie Chirurgicale 1956"

MERLE d'AUBIGNE

"Académie de Chirurgie" Mai 1941

SICART

"Le traitement des fractures du col
du fémur chez les vieillards"-
Mars 1959

J. et R. JUDET

"Indications thérapeutiques dans les
fractures du col du fémur".
Revue du Praticien, Mars 1959.

MATHIEU

"Résultats de l'enclouage du col du
fémur par fracture vraie".
Bulletin Académie Chirurgie Avril 1961.

DUFRESNE

"L'enclouage du col du fémur après
arthrotomie - Indications techniques
Résultats"
Lyon - BOSC 1957.

BUKMAN

"The Personal end femur investigations
with special references to the etiolo-
gy of femoral neck fracture".
Stockholm 1957.

OKAY

"Contributions à l'étude du traitement des fractures du col du fémur"
Genève 1954.

DALAMMAGNE

"La bio-chimie de l'ossification".

VIGNON, TISSOT, PASQUIER

"L'ostéoporose sénile".
Revue Lyonnaise de Médecine 1957.

JESSERER, KIRCHMAYER

"L'ostéoporose révolution pré-sénile
et sénile".
Documenta rhumatologica n°8 1956.

CAPUT

"Thèse Paris 1955".

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

